



اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر بهبود وضعیت تغذیه و وزن نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق

- اساتید راهنما: آقای دکتر امیر پاکپور - خانم دکتر مریم جوادی
- اساتید مشاور: دکتر ایراندوست - دکتر رضازاده
- دانشجو: سیده فاطمه میری

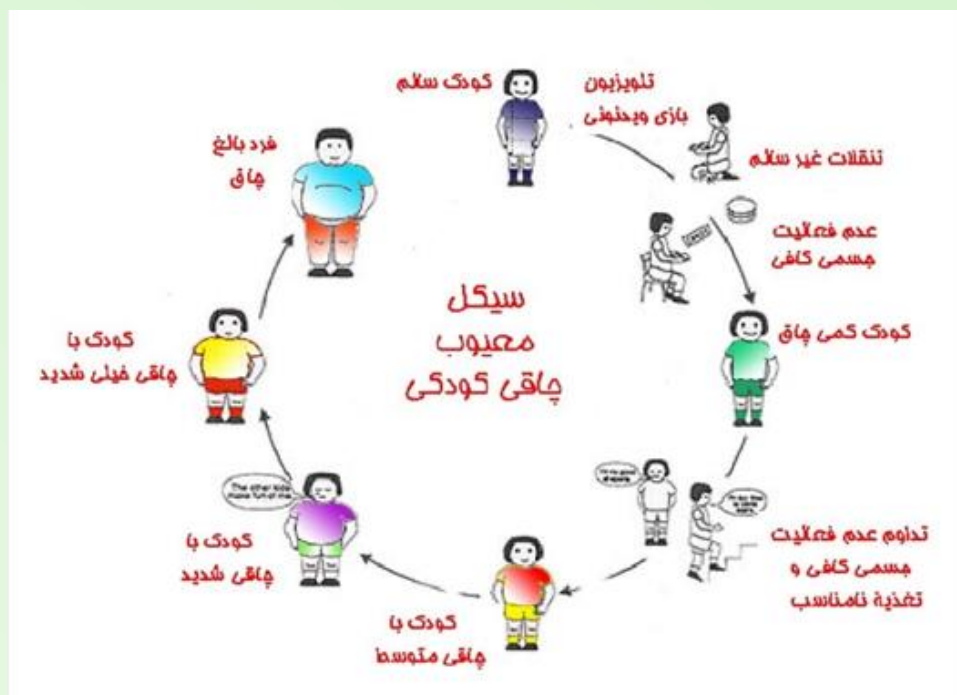
دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه



مقدمه و معرفی طرح



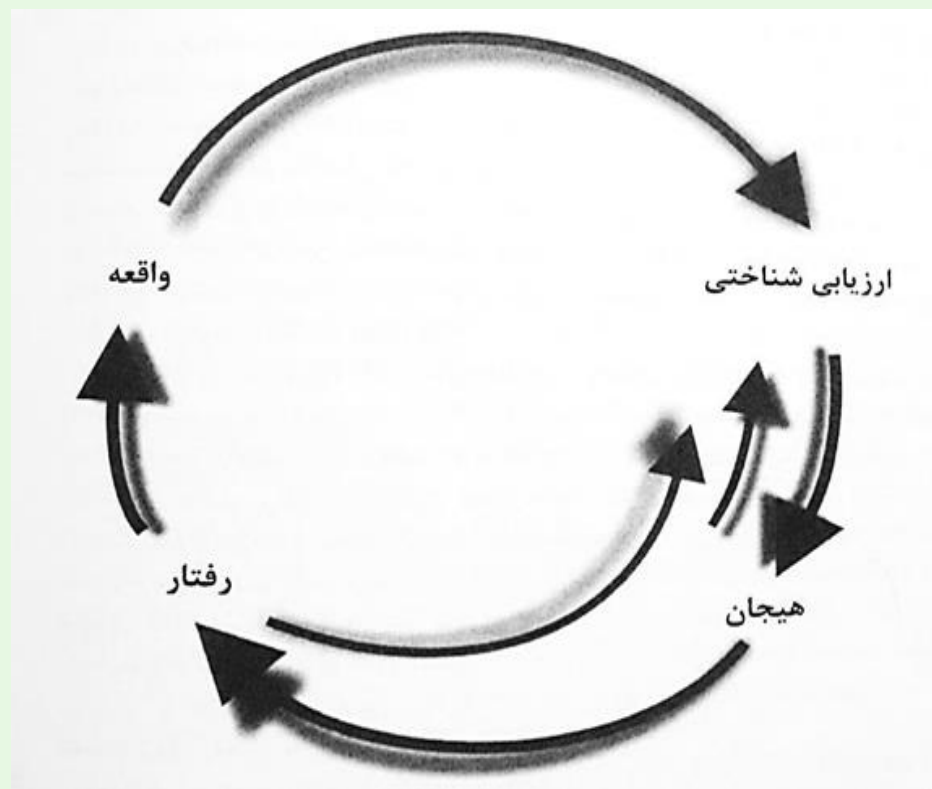
- چاقی دوران کودکی و نوجوانی یکی از مهمترین عوامل خطر زمینه ساز ابتلا به بیماریهای مزمن در بزرگسالی است. روند افزایشی آمار حاکی از آن است که نظام مراقبت سلامت نیازمند طراحی برنامه های مداخله ای پیشگیرانه و راهبردهای درمانی موثر و به موقع می باشد.
- امروزه پژوهشگران معتقدند که درمان های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی، گسترش توانمندی ها، ایجاد رضایت از زندگی و در نهایت ارتقای بهزیستی ذهنی در افراد باشد.



شکل ۱: چرخه معمول اضافه وزن و چاقی کودکان

- یکی از روش‌هایی که امروزه در کنار درمان‌های پزشکی به کار می‌رود، درمان شناختی رفتاری (CBT) است. این شیوه درمانی از تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری به وجود آمده است.

- درمان شناختی-رفتاری رویکردی است که بر دو اصل بنیادی استوار است:
۱- شناخت واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجانها و رفتار ما دارند.
۲- چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان‌های ما می‌گذارند.



شکل ۲: مدل اصلی شناختی-رفتاری



شکل ۳: چرخه فکر، احساس، رفتار

- شواهد نشان می دهد رفتار درمانی شناختی می تواند راهبردهای شناختی و رفتاری را در راستای دستیابی و حفظ تغییرات مثبت در شیوه ی زندگی از جمله کاهش و حفظ وزن آموزش دهد.



شکل شماره ۵: راه رو رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری

اهداف و فرضیات



هدف اصلی

- تعیین اثر رفتاردرمانی شناختی بر بهبود وضعیت تغذیه و وزن نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق

اهداف فرعی

تعیین و مقایسه

۱. دریافت انرژی نوجوانان

۲. دریافت گروه های غذایی نوجوانان

۳. وضعیت شاخص های تن سنجی (نمایه توده بدن [BMI]، دور کمر و نسبت دور کمر به دور باسن)

۴. خودکارآمدی تغذیه ای نوجوانان

۵. سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن

۶. خودکارآمدی فعالیت جسمانی نوجوانان

۷. رفتار فعالیت جسمانی نوجوانان

۸. کیفیت زندگی

قبل و ۶ ماه بعد از
انجام مداخله

فرضیات:

گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل:

۱. دریافت انرژی کمتر
۲. دریافت گروه های غذایی سالمتر
۳. نمایه توده بدن [BMI]، دور کمر، و نسبت دور کمر به دور باسن) کمتر
۴. خودکارآمدی تغذیه ای بالاتر
۵. سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن بالاتر
۶. خودکارآمدی فعالیت جسمانی بالاتر
۷. رفتار فعالیت جسمانی نوجوانان بالاتر
۸. کیفیت زندگی بهتر خواهند داشت.

روش کار



- این پژوهش یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی می باشد که با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی طراحی شده به منظور کاهش وزن در کودکان چاق انجام شد. چارچوب تئوریکی مورد استفاده در این تحقیق **رفتار درمانی شناختی** می باشد.
- **معیار ورود:** حداقل سن ۱۳ سال و حداکثر سن ۱۸ سال، اندکس توده بدنی مساوی یا بالاتر از ۸۵٪ و توانایی شرکت در جلسات رفتار درمان شناختی.
- **معیار خروج:** نوجوانان مبتلا به سایر علل چاقی مانند بیماری کوشینگ، هایپوتیروئیدیسم، هایپوپاراتیروئیدیسم و... -کودکانی که داروهای خاص اثر گذار بر روی وزن مصرف می کنند و کسانی که از رژیم غذایی کاهش وزن پیروی می نمودند.

- **نمونه گیری:** با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه های مشابه و با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۵٪ و با در نظر گرفتن کاهش وزن به عنوان هدف اولیه به منظور کشف تغییرات متوسط در هر گروه $d=0.47$ و با در نظر گرفتن ۱۵٪ از دست دادن نمونه ها، حجم نمونه به تعداد ۶۰ نفر در هر یک از گروههای مداخله و کنترل تعیین گردید.

- نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن مدارس متوسطه شهر قزوین با استفاده از نمونه گیری خوشه ای پس از اطمینان از تمایل آنان از شرکت در برنامه کاهش وزن ۱۲۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شد.

- ❖ پس از کسب رضایت از نوجوانان و والدین آنها اقدام به ارزیابی مرحله پایه توسط پژوهشگر شد. سپس مداخله آموزشی برای کودکان گروههای آزمون و نیز گروه والدین صورت پذیرفت. در حالیکه گروه کنترل هیچ گونه مداخله آموزشی مرتبط با رفتار را دریافت کرد. شش ماه پس از مداخله، ارزیابی های تن سنجی مجدد ارزیابی و پرسشنامه ها توسط کودکان تکمیل شد.

❖ کلیه افراد گروههای مداخله و کنترل، بعد از ورود به مطالعه اطلاعات مورد نیاز در مورد سن، سابقه مصرف دارو و میزان درآمد و تحصیلات والدین، برنامه کاهش وزن، از طریق تکمیل پرسشنامه اطلاعات عمومی (پیوست ۱) جمع آوری گردید.

❖ همچنین با اندازه گیری قد و وزن شرکت کنندگان نمایه توده بدنی (BMI)، دور کمر، دور باسن آنان اندازه گیری و محاسبه آمد.

❖ خودکار آمدمی تغذیه ای، سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن، دریافت های غذایی، رفتار فعالیت جسمانی، کیفیت زندگی کودکان بر اساس پرسشنامه های معتبر علمی از کلیه افراد مداخله و کنترل تکمیل شد.

جمع آوری اطلاعات	اعتبار بخشی	توضیحات	روش امتیازدهی
پرسشنامه اطلاعات عمومی	-	-	-
پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن	✓	حاوی بیست گویه دارای پنج خرده مقیاس	بر اساس یک طیف لیکرتی پنج نقطه ای از عدم اعتماد و اطمینان (نمره صفر) تا بسیار مطمئن (نمره ۴) را بیان می کنند.
خودکارآمدی تغذیه ای	✓	۱۵ سوال	سوالات بر پایه طیف لیکرتی از مطمئن نیستم تا اطمینان کامل دارم اندازه گیری خواهد شد. نمرات این سازه دارای طیفی از ۱۵- تا ۱۵+ خواهد بود
کیفیت زندگی کودکان	✓	پرسشنامه ۲۳ موردی در ۴ بخش	گردید که به گزینه ی "هیچ وقت مشکلی ندارم" امتیاز صفر و به گزینه ی "گاهی وقت ها مشکل دارم" امتیاز ۲ و به گزینه ی "بیشتر وقت ها مشکل دارم" امتیاز ۴ تعلق گرفت، سپس این امتیاز ها به ترتیب به امتیازهای صفر، ۵۰ و ۱۰۰ امتیاز کل محاسبه شد

جمع آوری اطلاعات	اعتبار بخشی	توضیحات	روش امتیازدهی
فعالیت بدنی	✓	یادآمد هفت روزه فعالیت بدنی سالیس	-
بسامد خوراک نوجوانان	✓	۱۷۰ آیتمی	بر اساس انتخاب گزینه بار در سال/ ماه/هفته/روز
خودکارآمدی فعالیت بدنی	✓	۵ سوال	سوالات بر پایه طیف لیکرتی از مطمئن نیستم تا ۳ بسیار اطمینان دارم

● استراتژیهای آموزشی:

جلسه ۱: اهداف، تعاریف، شیوع ، علل و عواقب اضافه وزن و چاقی، روشهای معمول کاهش وزن، ایجاد انگیزه

جلسه ۲: استراتژیهای رفتاری برای تغییر عاداتهای خوردن، خودمراقبتی، شناخت آغازگرها، کنترل استراتژیهای خارجی برای مدیریت خوردن (تغییرات در خانواده، انتخابهای غذایی، خرید پخت و پز ، کاهش مصرف میان وعده های ناسالم و چربیهای مضر

جلسه ۳: شناخت احساسات در هنگام گرسنگی، انجام فعالیت بدنی منظم، حل مشکلات، سازماندهی محیط

● استراتژیهای آموزشی:

جلسه ۴: اجرای استراتژیها و استفاده از افکار کمک کننده

جلسه ۵: موانع و شرایط پرخطر، تصمیم گیری، هیجان های خوشایند و ناخوشایند

جلسه ۶: باورهای غلط، مرور برنامه و اهداف، شناسایی نقاط قوت و ضعف، ابقای

وزن

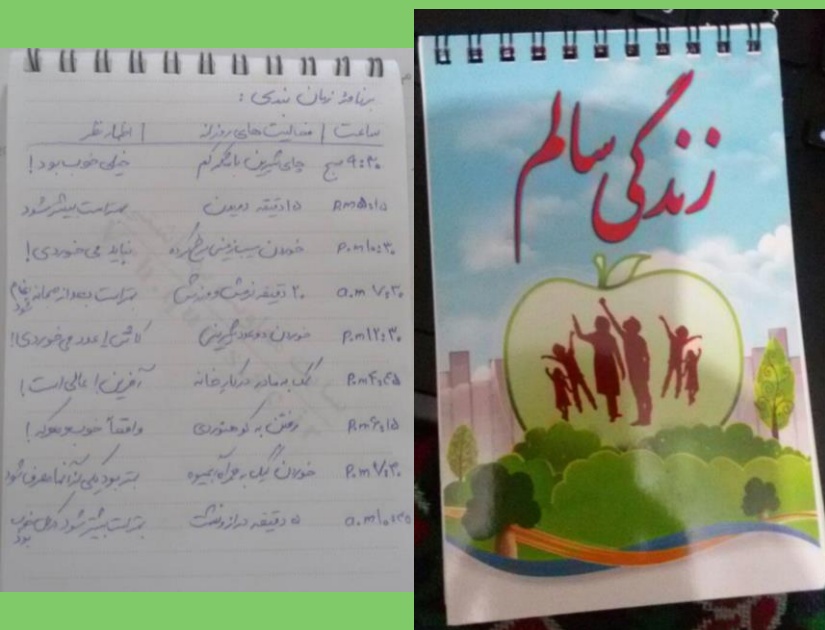
● ۲ جلسه آموزشی نیز برای والدین تشکیل شد.

● ۱ جلسه گروهی (انگیزه، تنظیم هیجان، سازماندهی محیط و....)

● پس از شش ماه مجددا ارزیابی ها انجام گرفته و داده ها از طریق نرم افزار N4

(استخراج داده های دریافت غذایی)، آنتروپلاس به منظور تعیین Zscore

نمایه توده بدنی و در نهایت نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.



من خیلی دوست دارم سبب زمینش شوم
خوشم.

* بهترین است به جای خوردن آن یک عدد سبب
خوشم.

- امروز با احساس کوفتی از خواب بیدار شدم و
دوست ندارم دراز کشم.

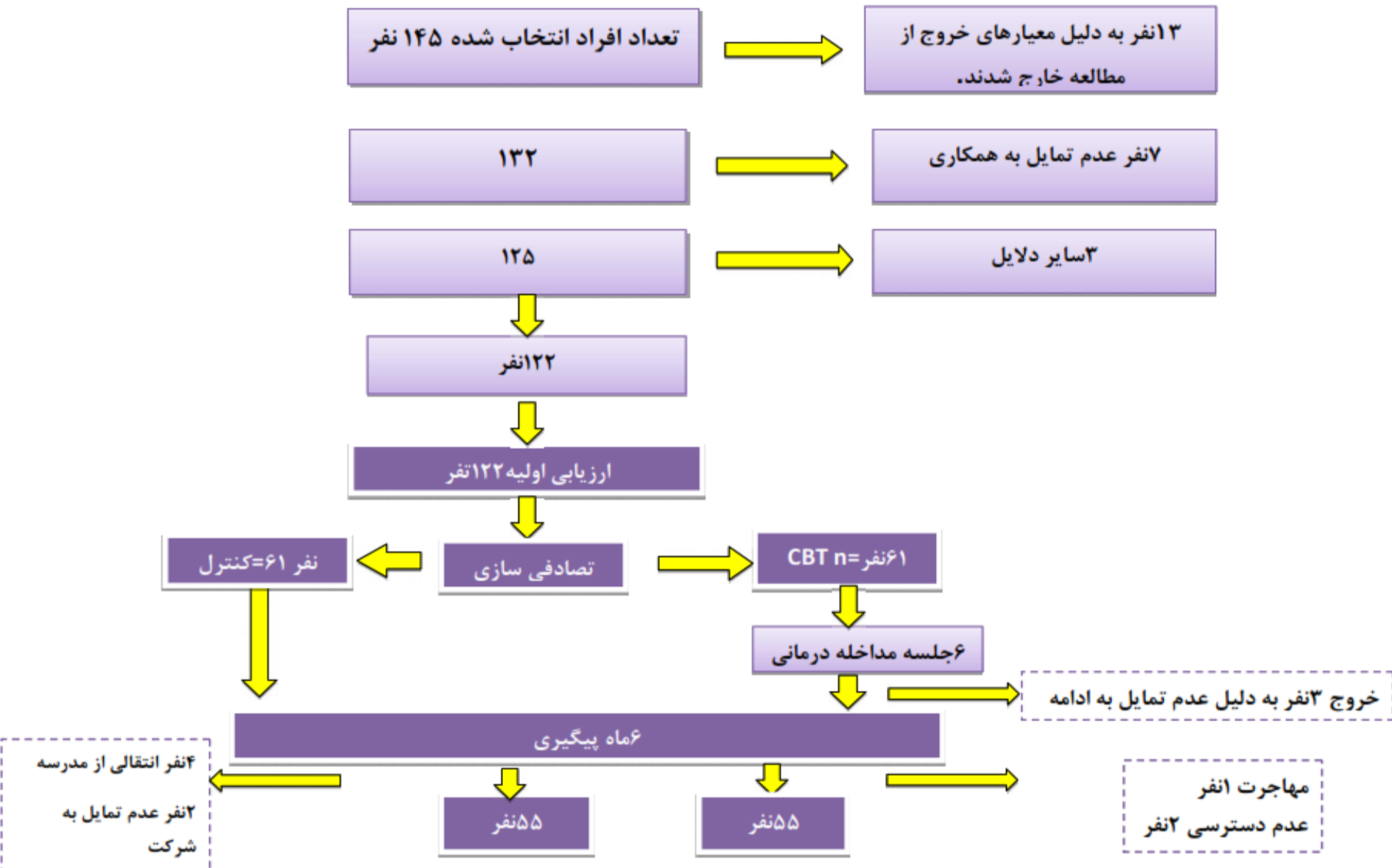
* بهترین است بلند شوم و نرمش کنم. با زور کشیدن
سجده می شوم.

- با اینکه تازه ناهار خورده ام اما دوست دارم یک
دانه قهوه بخورم.

* بهترین است کمی تمرین تا عصر شود ان شاء الله به صورت
مستقیم و بدون وقفه در راه است و هر انسانی حتی اگر در فرصه
محدودت بخواند رشد کند باید فرد باطنی باشد از بیانات مقام معظم رهبری



فرآیند اجرای مطالعه



یافته ها:



- هردو گروه مداخله و کنترل در ابتدای مطالعه از نظر همه متغیرها تفاوت معناداری نداشت.
- بررسی ها در ابتدای مطالعه و ۶ ماه بعد از انجام مداخله نشان داد که انرژی دریافتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تغییر معناداری نداشته است. ولی از نظر دریافت گروههای غذایی تفاوتی معناداری در دریافت میوه، سبزی، غلات، گوشت و لبنیات و همچنین دسرها، نوشیدنیهای شیرین، میان وعده های شور و وجود دارد.
- همچنین از نظر ویژگی های تن سنجی کاهش معناداری در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل دیده شد. از جمله **Zscore** نمایه توده بدن، میزان دور کمر و نسبت دور کمر به دور باسن کاهش معناداری داشت.



- میزان فعالیت بدنی در گروه مداخله افزایش معناداری در مقایسه با گروه کنترل داشت.

- کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در هر ۴ حیطه عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی، عملکرد هیجانی و عملکرد جسمانی نمرات بهتر و بالاتر معناداری را در گروه مداخله به نسبت کنترل نشان داد.

- همچنین میزان خودکارآمدی تغذیه ای در گروه مداخله افزایش معناداری را بیان می نماید.

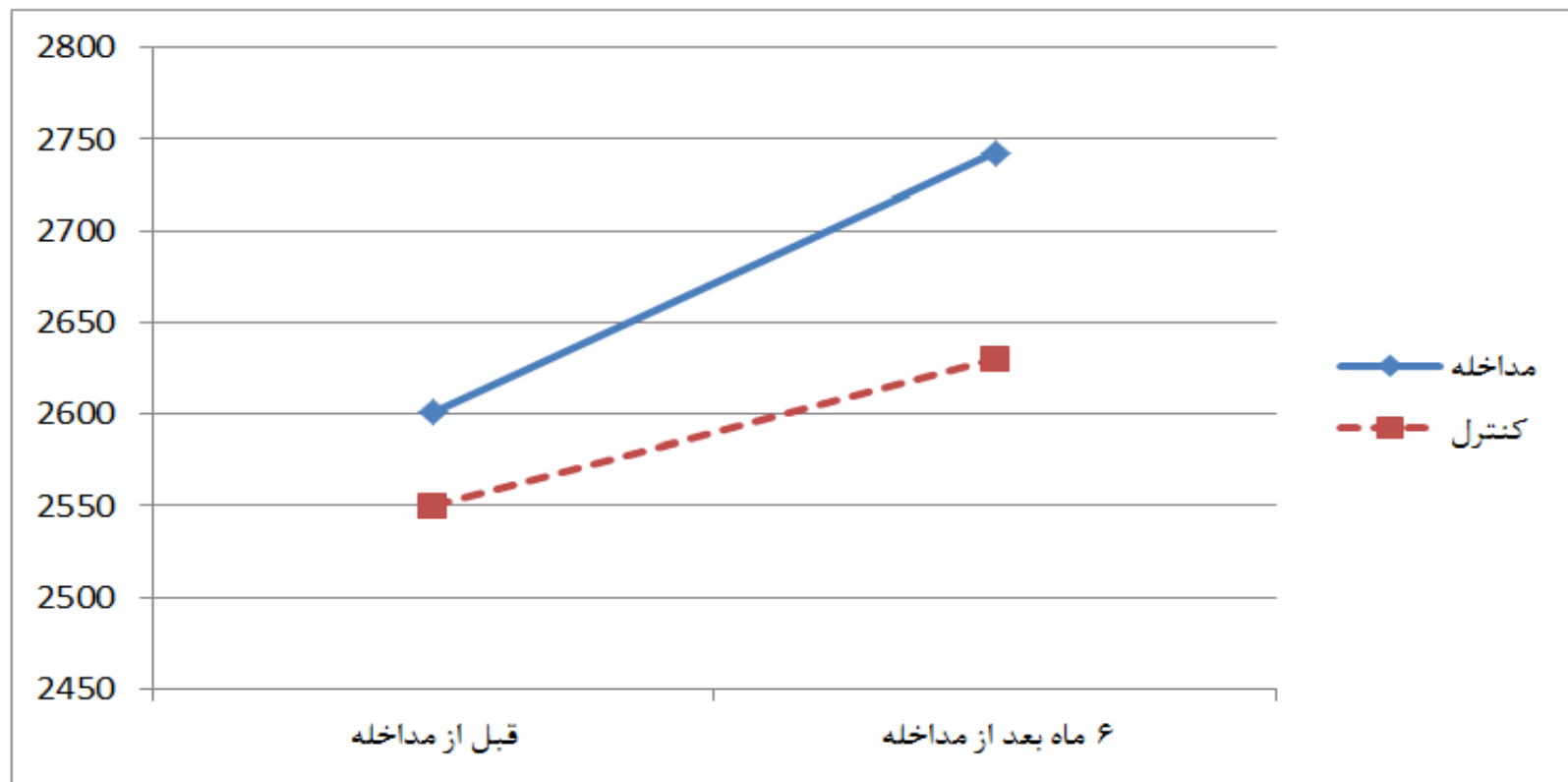


جدول ۲: مقایسه دو گروه مداخله و کنترل از نظر مشخصات آنتروپومتریک در ابتدای مطالعه

Mean difference	Sig(۲-tail)	گروه مورد مطالعه		متغیر
		کنترل	مداخله	
-	-	۵۵	۵۵	تعداد
-	۱	۲۴ (دختر) ۳۱ (پسر)	۲۴ (دختر) ۳۱ (پسر)	جنس
۰/۲۴	۰/۴۲	۱۴/۶۴±۱/۶۹	۱۴/۸۸±۱/۵۰	سن
۲/۴۱	۰/۳۹	۷۸/۳۳±۱۴/۵۷	۸۰/۷۴±۱۴/۹۹	وزن
۰/۷۳	۰/۶۷	۱۶۶/۵۳±۹/۸۰	۱۶۷/۲۷±۸/۷۴	قد
۲/۱۸	۰/۱۹	۹۱/۷۴±۸/۹۴	۹۳/۹۲±۸/۷۷	دور کمر
۱/۶۶	۰/۲۴	۱۰۷/۱۹±۷/۴۸	۱۰۸/۸۶±۷/۴۸	دور باسن
۰/۰۰۶	۰/۵۵	۰/۸۵±۰/۰۶	۰/۸۶±۰/۰۵	WHR
۰/۱۱	۰/۴۸	۰/۳۱±۰/۸۸	۰/۴۲±۰/۸۵	Zscore قد
۰/۰۸	۰/۴۵	۲/۰۹±۰/۵۷	۲/۱۸±۰/۶۵	Zscore نمایه توده بدنی

جدول ۳: میزان انرژی دریافتی نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
میزان انرژی دریافتی	مداخله	$260.1 \pm 491/8$	$2742/4 \pm 1960/31$	۰/۱۱(۱)	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	کنترل	$2550/29 \pm 426/87$	$2630/85 \pm 442/34$			



نمودار ۱: مقایسه انرژی دریافتی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

هدف ۲: مقایسه دریافت گروه های غذایی نوجوانان قبل و بعد از مداخله در گروه های تحت مطالعه

جدول شماره ۳: میزان دریافت گروه میوه در نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	EF	Pvalue
دریافت گروه میوه	مداخله	۱/۹±۰/۸۳	۲/۵۰±۰/۶۰	۵۷/۴۱(۱)	۰/۳۵	۰/۰۰۰
	کنترل	۱/۹۲±۰/۶۹	۱/۸۳±۰/۷۱			



نمودار ۲: مقایسه دریافت گروه میوه قبل و بعد از مداخله در دو گروه



جدول ۵: میزان دریافت گروه لبنیات در نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

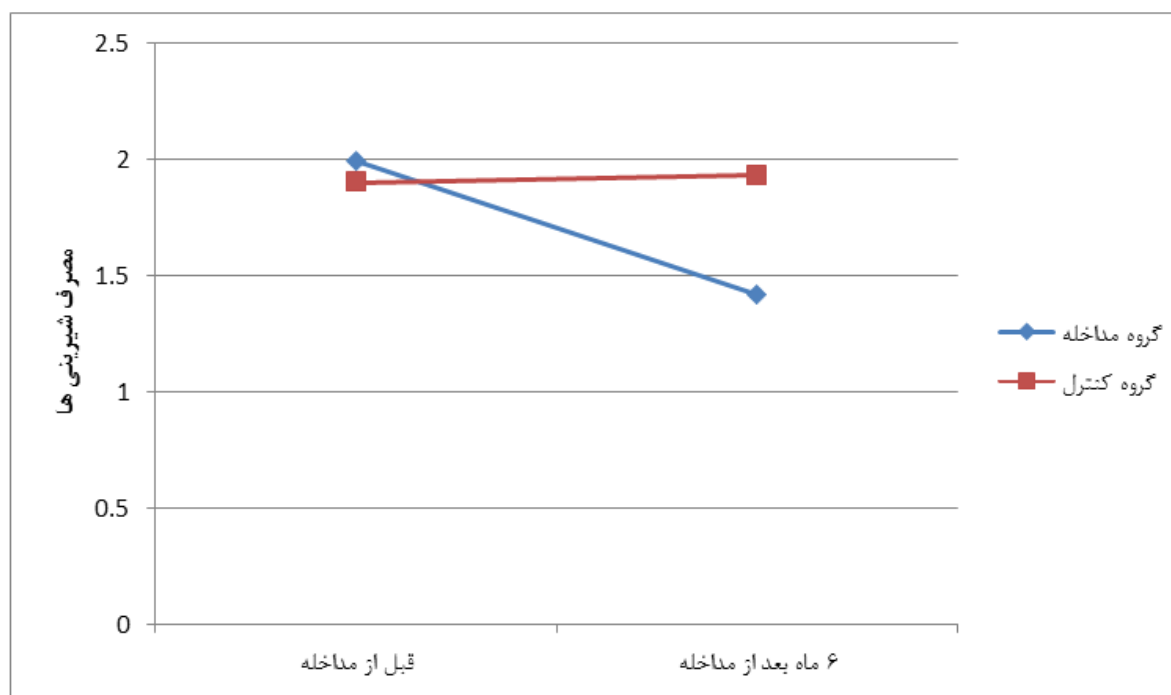
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
دریافت گروه لبنیات	مداخله	$2/70 \pm 1/27$	$2/80 \pm 0/62$	19/10(1)	0/15	0/000
	کنترل	$2/70 \pm 1/27$	$2/36 \pm 1/04$			



نمودار ۳: مقایسه دریافت گروه لبنیات قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

جدول ۹: میزان دریافت شیرینی ها در نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
دریافت شیرینی ها	مداخله	$1/99 \pm 0/86$	$1/42 \pm 0/70$	۴۱/۱۸(۱)	۰/۲۸	۰/۰۰
	کنترل	$1/90 \pm 0/99$	$1/93 \pm 0/93$			

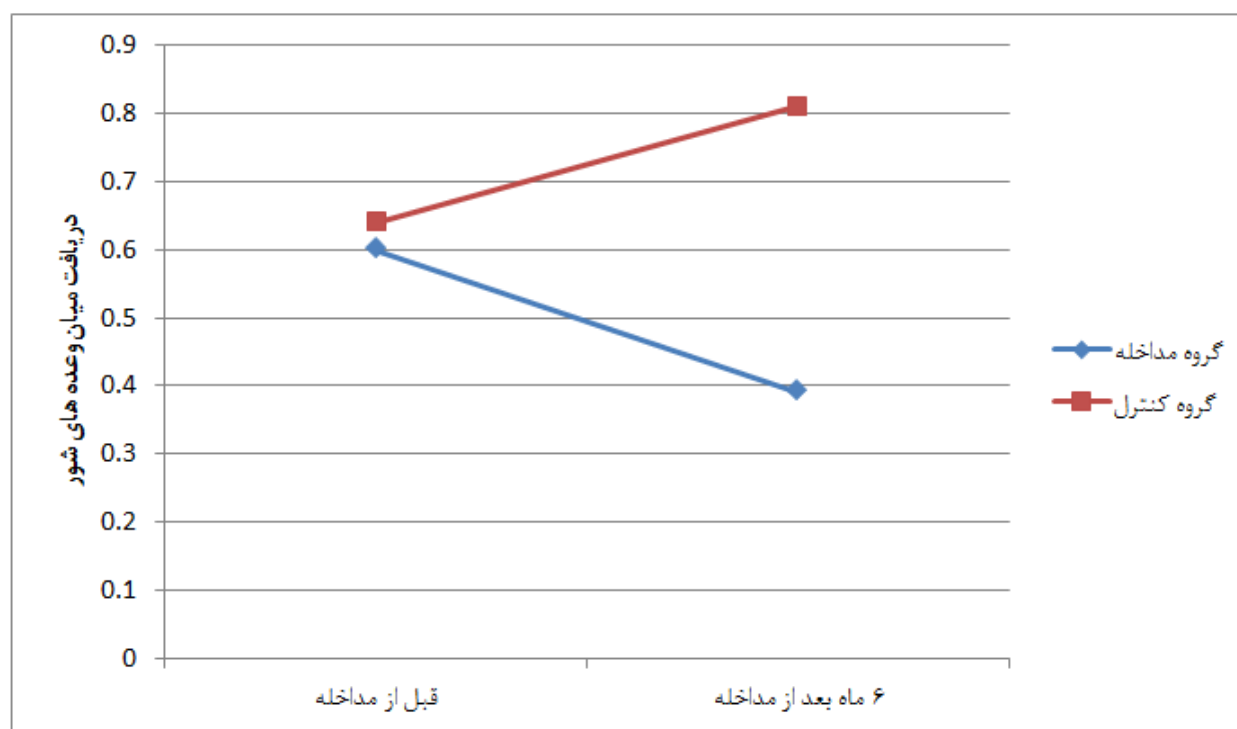


نمودار ۷: مقایسه دریافت شیرینی ها قبل و بعد از مداخله در دو گروه

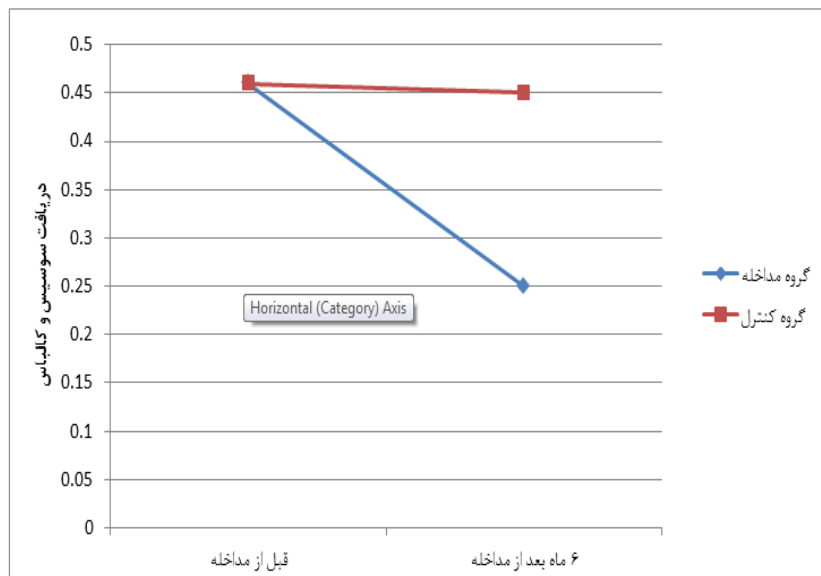


جدول ۱۰: میزان دریافت میان وعده های شور در نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

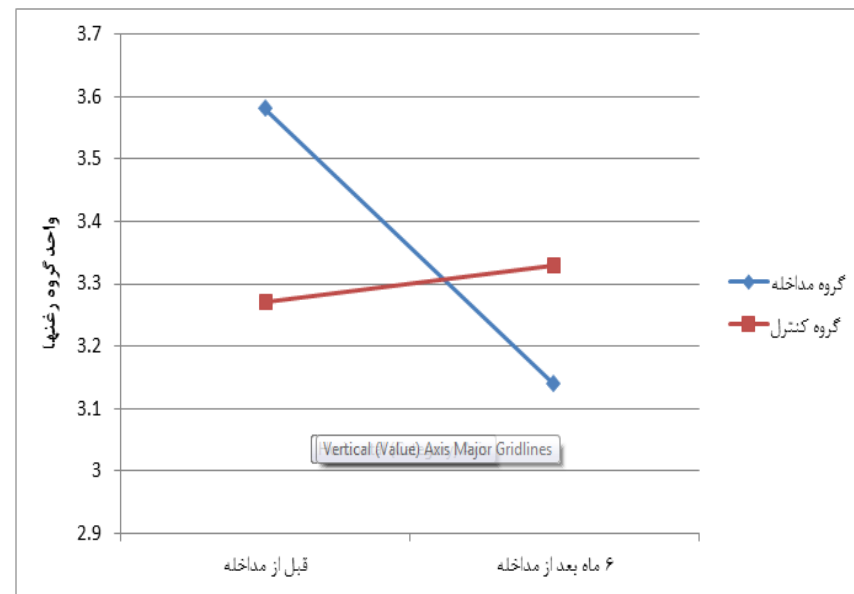
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
دریافت میان وعده های شور	مداخله	0.52 ± 0.06	0.35 ± 0.039	50.10(1)	0.32	0.00
	کنترل	0.55 ± 0.064	0.59 ± 0.081			



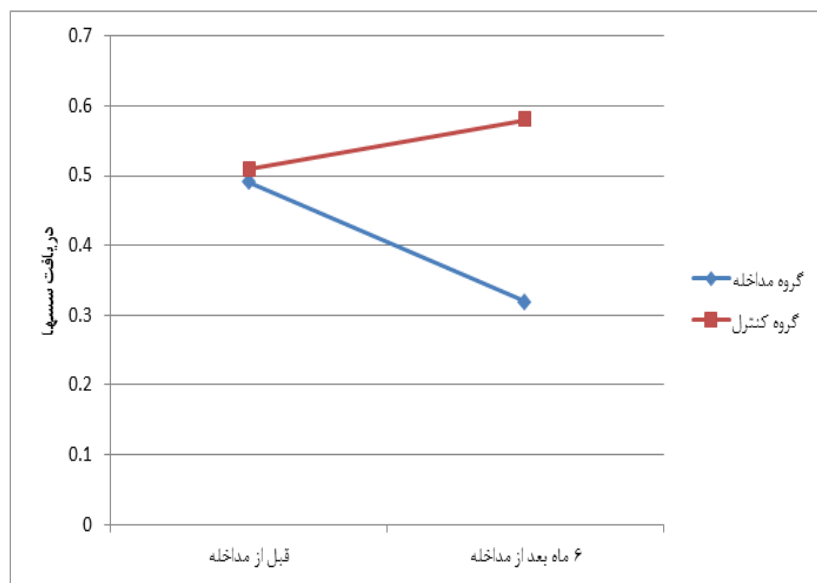
نمودار ۸: مقایسه دریافت میان وعده های شور قبل و بعد از مداخله در دو گروه



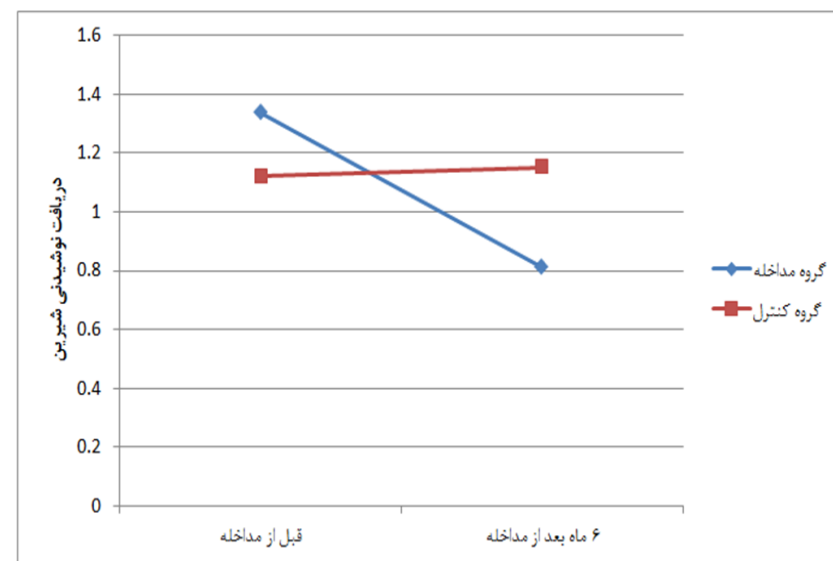
نمودار ۱۰: مقایسه دریافت سوسیس و کالیاس قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه



نمودار ۱۱: مقایسه دریافت گروه روغنها قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه



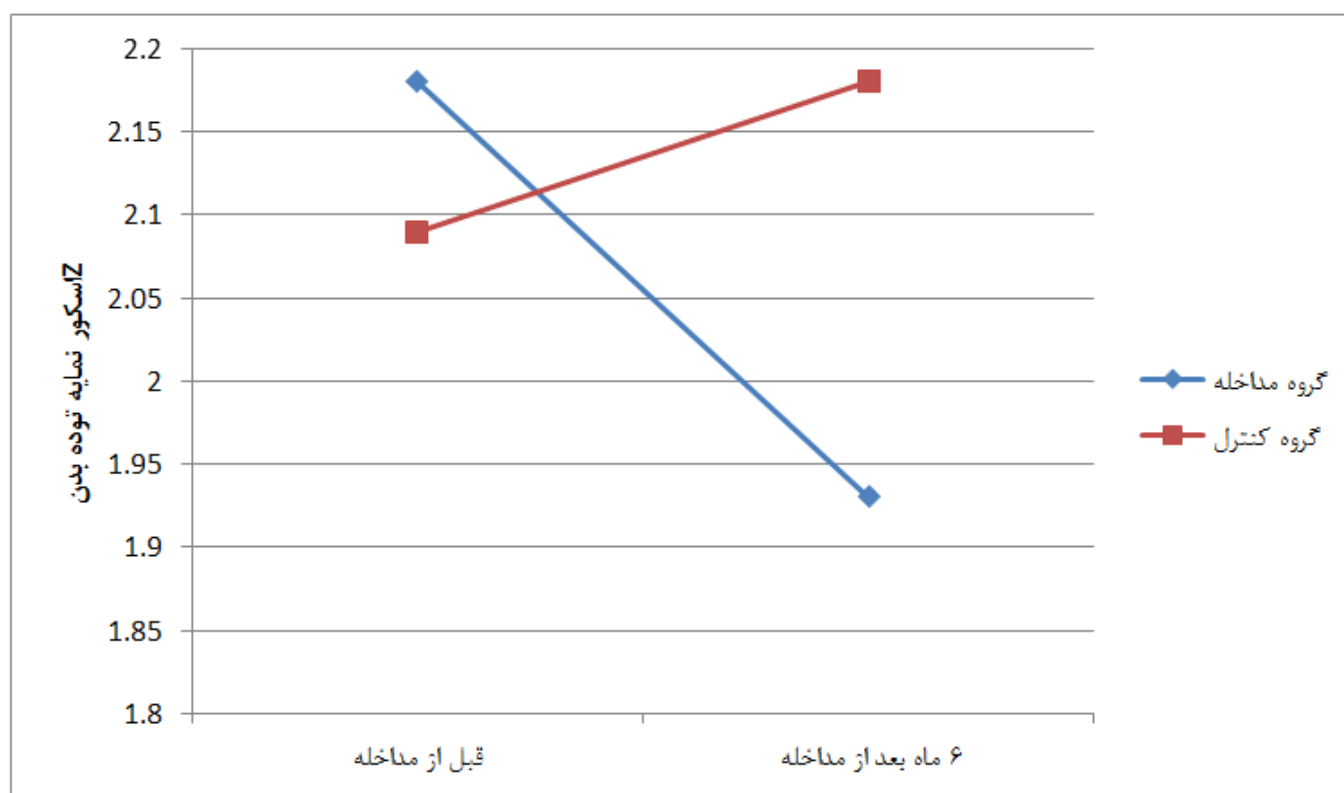
نمودار ۱۲: مقایسه دریافت گروه سسها قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه



نمودار ۹: مقایسه دریافت نوشیدنی های شیرین قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

جدول ۱۶: میزان Zscore نمایه توده بدن نوجوانان بعد از مداخله

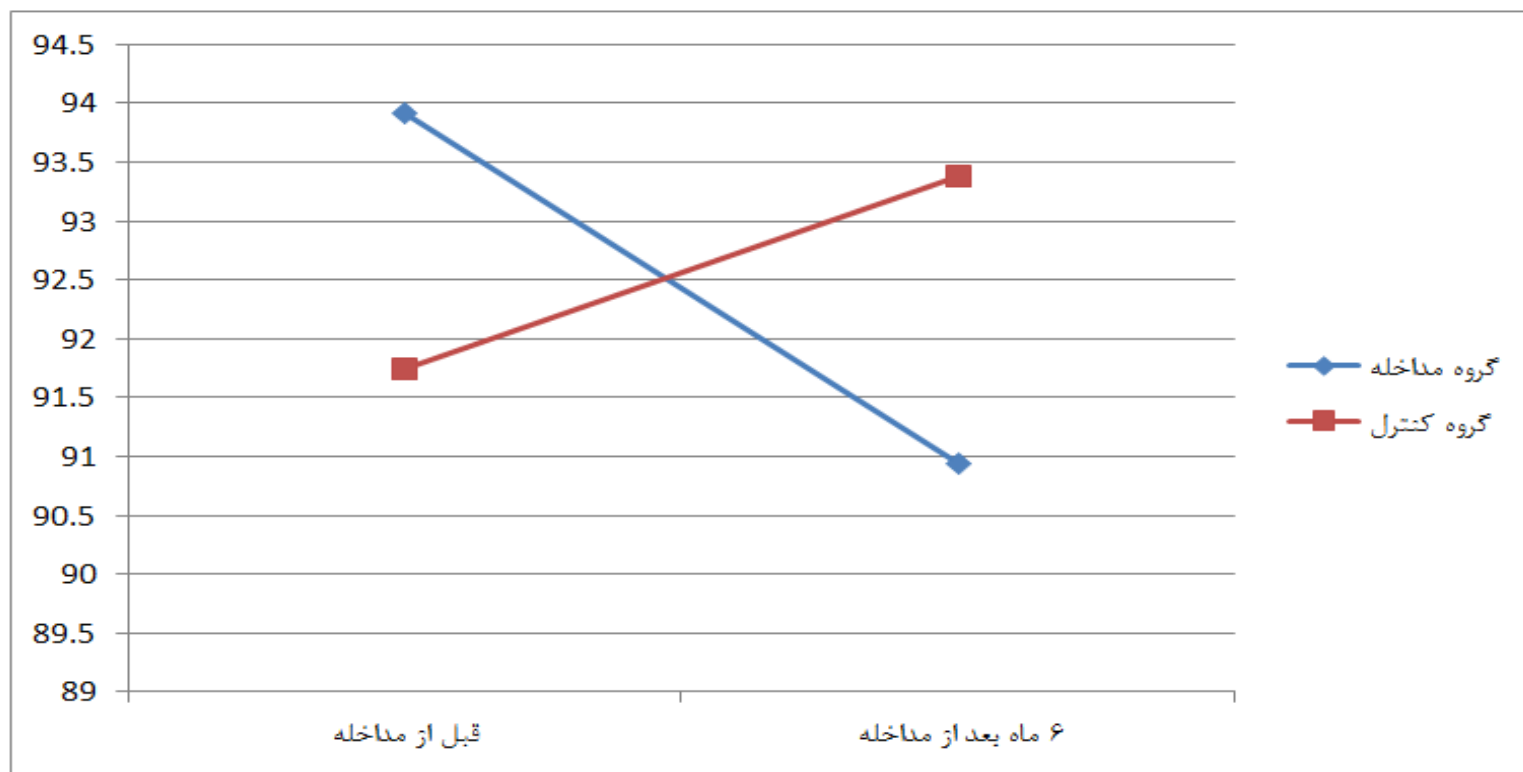
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
Zscore نمایه توده بدن	مداخله	2.18 ± 0.65	1.93 ± 0.67	۶۷/۷۲(۱)	۰/۳۹	۰/۰۰
	کنترل	2.09 ± 0.51	2.18 ± 0.59			



نمودار ۱۴: مقایسه میزان Z اسکور قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

جدول ۱۷: میزان دور کمر نوجوانان بعد از مداخله

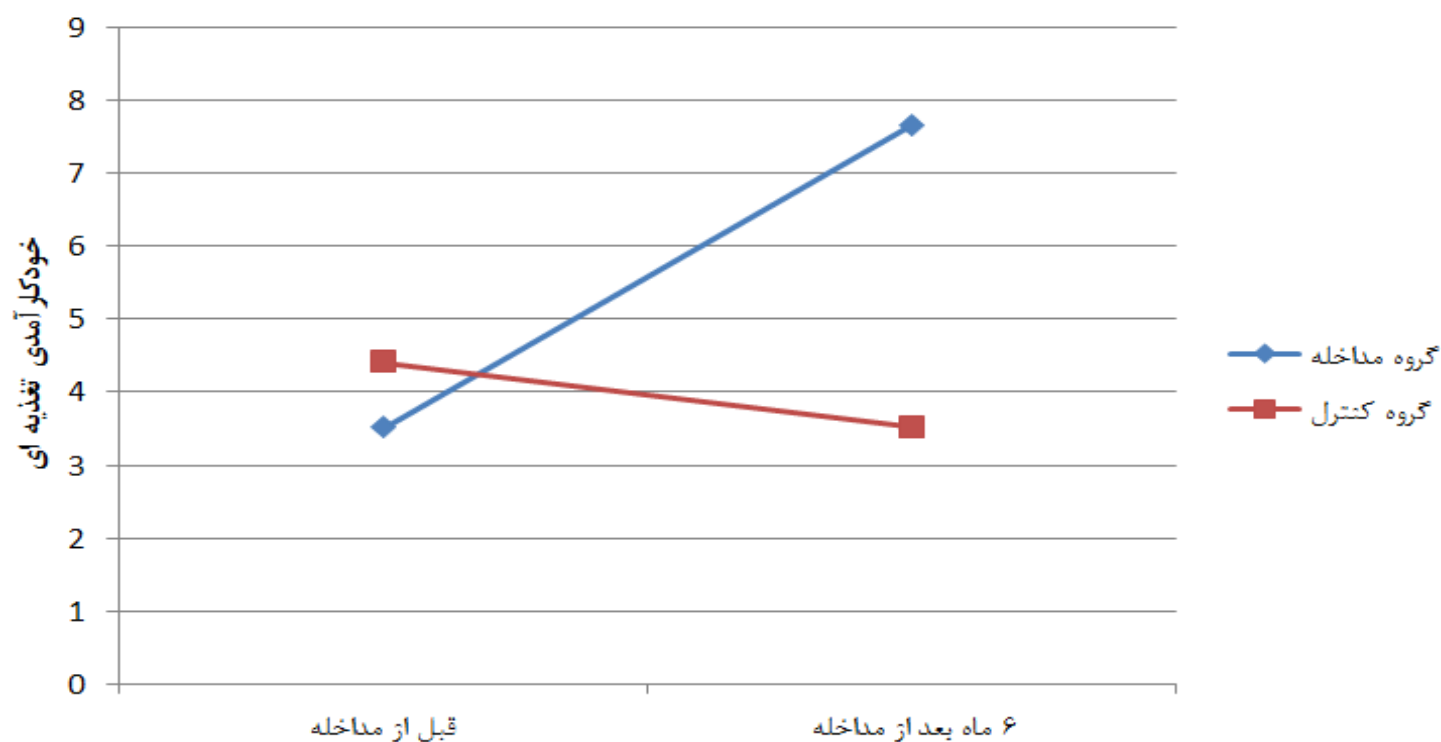
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
میزان دور کمر	مداخله	۹۳/۹۲±۸/۷۷	۹۰/۹۴±۹/۳۲	۲۵/۰۶(۱)	۰/۱۹	۰/۰۰
	کنترل	۹۱/۷۴±۸/۹۴	۹۳/۳۸±۹/۲۲			



نمودار ۱۵: مقایسه میزان دور کمر قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

جدول ۱۹: میزان خودکارآمدی تغذیه ای نوجوانان قبل و بعد از مداخله

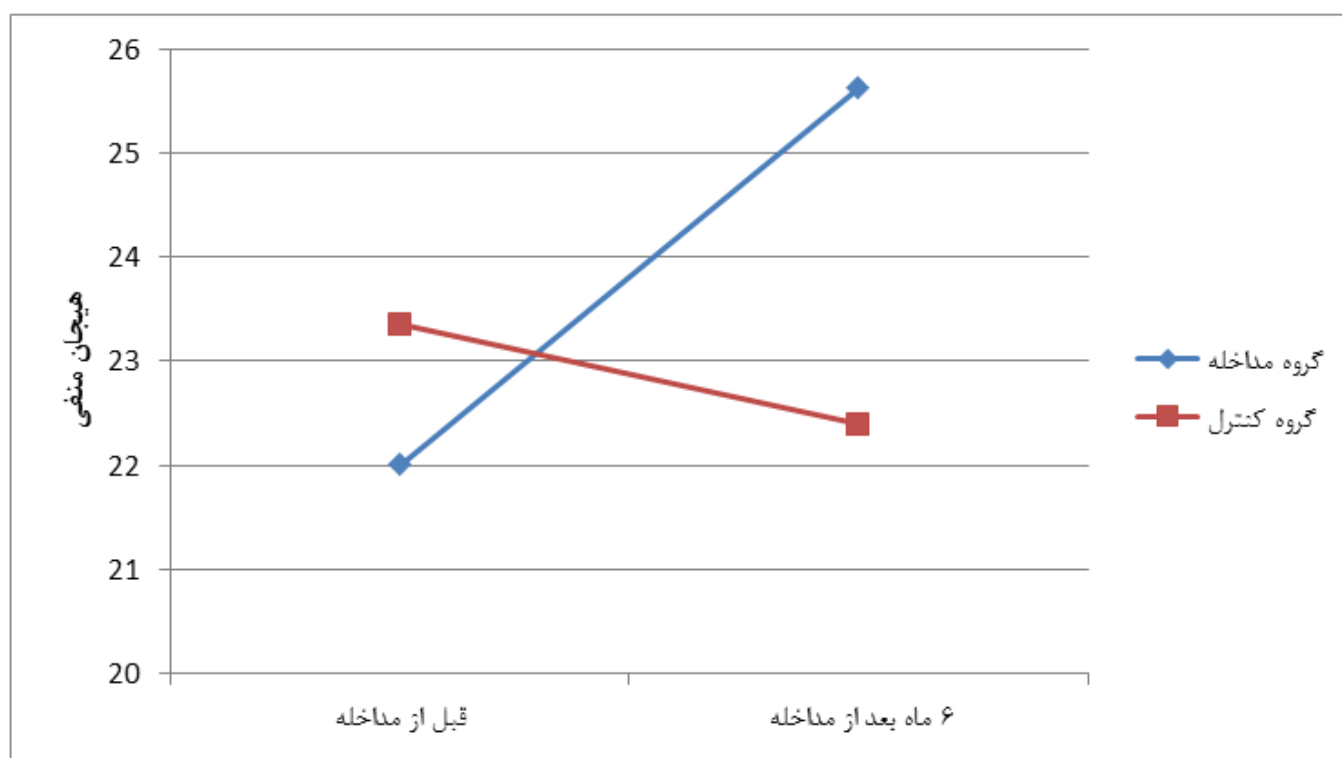
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
خودکارآمدی تغذیه ای	مداخله	3.50 ± 4.12	7.65 ± 3.69	78/22(1)	0/43	0/00
	کنترل	4.41 ± 4.89	3.52 ± 4.51			



نمودار ۱۷: مقایسه میزان خودکارآمدی تغذیه ای قبل و بعد از مداخله در دو گروه

جدول ۲۰: میزان هیجان منفی نوجوانان قبل و بعد از مداخله

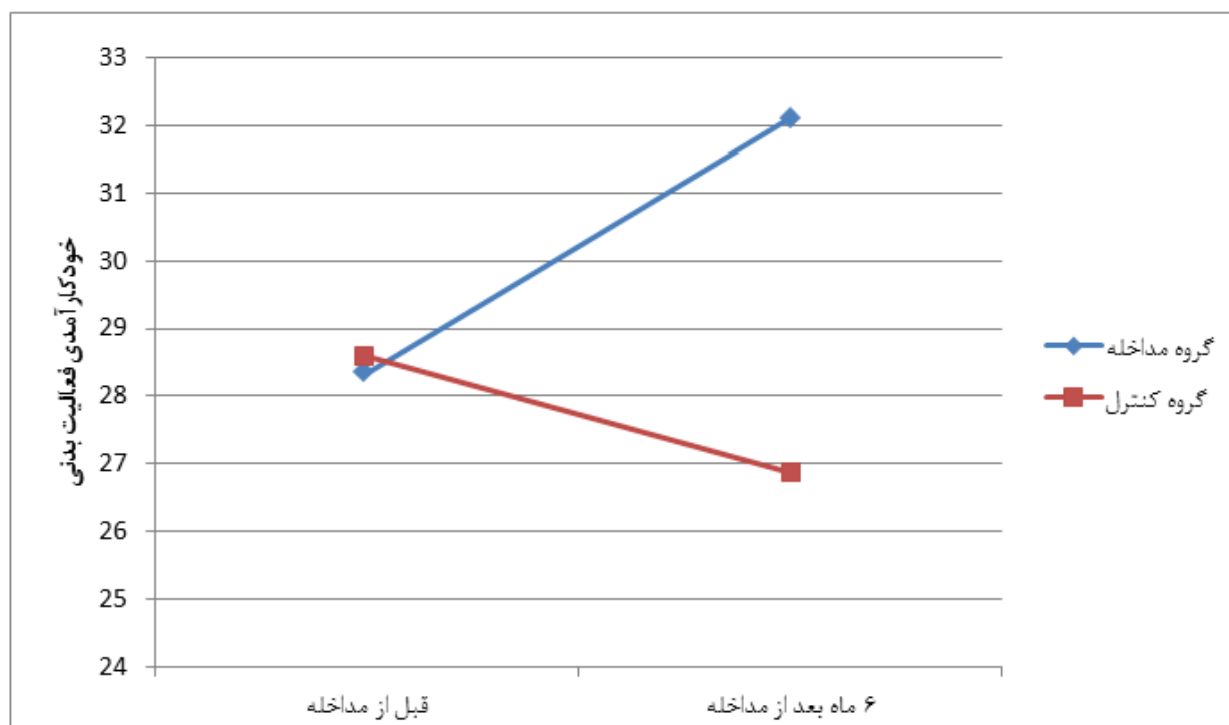
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
هیجان منفی	مداخله	$22 \pm 8/07$	$25/63 \pm 6/20$	۲۷/۵۹(۱)	۰/۲	۰/۰۰
	کنترل	$23/35 \pm 7/02$	$22/40 \pm 6/81$			



نمودار ۱۸: مقایسه هیجان منفی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

جدول ۲۵: میزان خودکارآمدی فعالیت بدنی نوجوانان بعد از مداخله

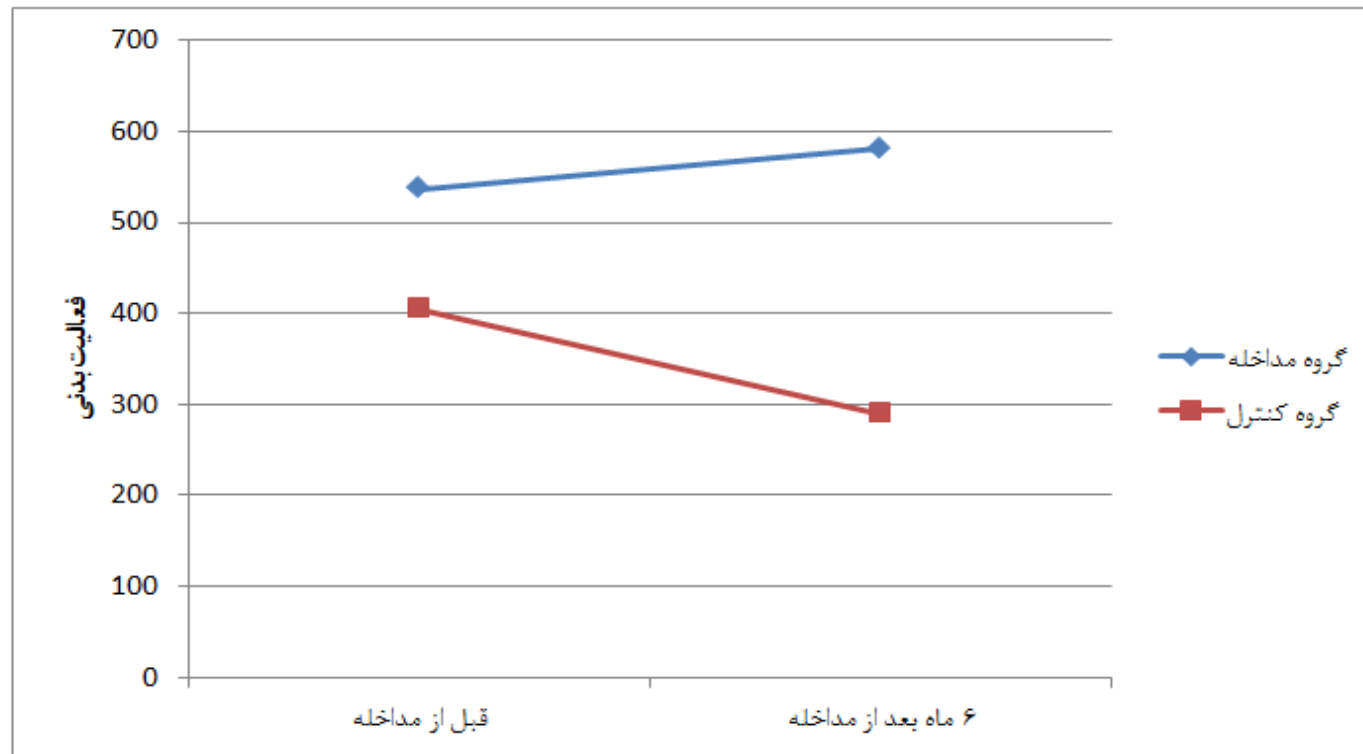
متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
خودکارآمدی فعالیت بدنی	مداخله	۲۸/۳۴ ± ۴/۵۰	۳۲/۱۰ ± ۰/۵۸	۵۸/۶۳(۱)	۰/۳۶	۰/۰۰
	کنترل	۲۸/۶۰ ± ۴/۹۷	۲۶/۸۷ ± ۵/۴۲			



نمودار ۲۳: مقایسه میزان خودکارآمدی فعالیت بدنی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

جدول ۲۶: میزان فعالیت بدنی نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	ES	Pvalue
فعالیت بدنی	مداخله	۵۳۶/۹۲±۶۳۶/۶۴	۵۸۰/۹۴±۶۱۴/۶۲	۲۲/۹۵(۱)	۰/۱۸	۰/۰۰
	کنترل	۴۰۵/۳۱±۴۴۳/۹۹	۲۸۹/۶۳±۴۳۵/۷۸			

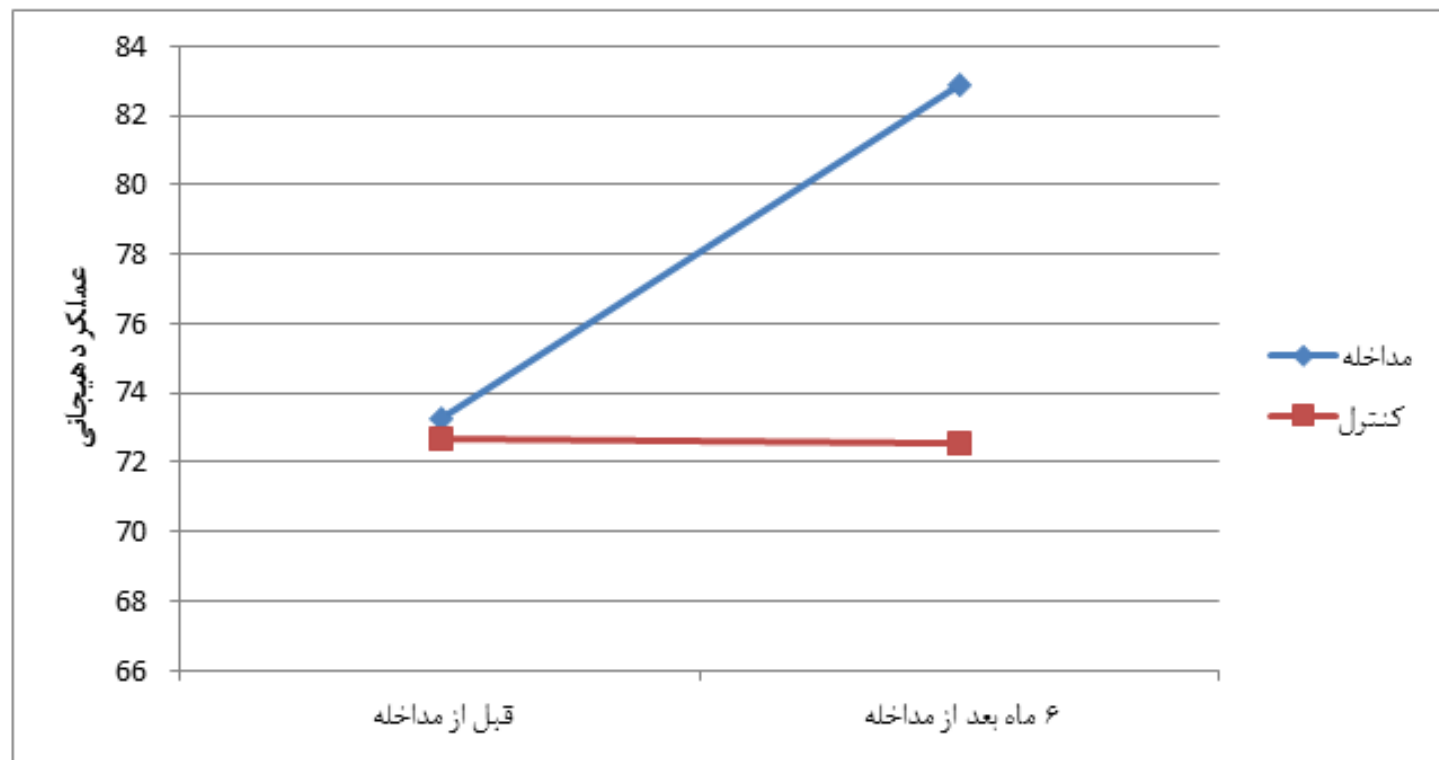


نمودار ۲۴: مقایسه فعالیت بدنی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه

جدول شماره ۲۷: میزان کیفیت زندگی نوجوانان قبل و ۶ ماه بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله	۶ ماه بعد از مداخله	F(df)	EF	Pvalue
عملکرد فیزیکی	مداخله	۸۰/۷۹±۱۳/۶۸	۸۶/۸۷±۱۰/۸۳	۵۲/۳۳(۱)	۰/۳۳۳	۰/۰۰۰
	کنترل	۸۱/۹۷±۹/۹۵	۷۸/۰۶±۱۱/۵۶			
عملکرد هیجانی	مداخله	۷۳/۲۷±۱۶/۶۴	۸۲/۹۰±۱۳/۹۰	۲۹/۱۴(۱)	۰/۲۱۷	۰/۰۰۰
	کنترل	۷۲/۶۷±۱۶/۷۵	۷۲/۵۴±۱۶/۸۰			
عملکرد اجتماعی	مداخله	۸۷/۶۳±۱۴/۰۱	۹۲/۵۴±۸/۴۹	۴۵/۵۵(۱)	۰/۳۰۳	۰/۰۰۰
	کنترل	۸۶/۳۳±۱۴/۰۶	۸۱/۴۵±۱۵/۹۴			
عملکرد تحصیلی	مداخله	۸۲/۲۷±۱۴/۴۵	۸۸/۹۰±۹/۸۴	۴۹/۱۴(۱)	۰/۳۱۹	۰/۰۰۰
	کنترل	۸۱/۶۰±۱۶/۳۵	۷۷/۷۲±۱۵/۹۲			





نمودار ۲۶: مقایسه میزان عملکرد هیجانی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

بحث و نتیجه گیری



- پیرو هدف پژوهش حاضر مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن نوجوانان مبتلا به چاقی ، یافته های پژوهش حاضر نشان داد مداخله ی شناختی - رفتاری بر کاهش نمایه ی توده ی بدن اثربخش بوده و تداوم اثربخشی را نشان می دهد . این یافته ها با یافته های پژوهش واس و همکاران و روتنیک و همکاران و یلفلی و همکاران ، هررا و همکاران ، گراوز و همکاران همسو می باشد . این پژوهش ها نشان دادند، برنامه های درمان رفتاری شناختی یکی از موثرترین درمان برای چاقی دوران کودکی و نوجوانی است.



اهداف فرعی

۱. عدم معناداری دریافت انرژی نوجوانان
۲. بهبود دریافت گروه های غذایی نوجوانان
۳. بهبود وضعیت شاخص های تن سنجی (وزن و نمایه توده بدن [BMI]، دور کمر، دور باسن و نسبت دور کمر به دور باسن)
۴. افزایش خودکارآمدی تغذیه ای نوجوانان
۵. افزایش سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن
۶. افزایش خودکارآمدی فعالیت جسمانی نوجوانان
۷. بهبود رفتار فعالیت جسمانی نوجوانان
۸. بهبود کیفیت زندگی

قبل و ۶ ماه بعد از
انجام مداخله

عنوان مطالعه	نویسنده	سال	تعداد نمونه	مداخله	نتایج
بررسی اثربخشی برنامه CBT در ارتقای ترکیب بدن، رژیم غذایی و فعالیت بدنی در نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن	Tsiros و همکاران	۲۰۰۸	۴۷	۱۰ جلسه CBT هفتگی ۱۰ هفته پیگیری	بهبود وضعیت نمایه توده بدنی، وزن، چربی بدن و چربی شکمی بررسی مرحله بلوغ کاهش دریافت انرژی عدم تغییر فعالیت بدنی
تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن در اعضای خانواده	Rossini و همکاران	۲۰۱۱	۱۴۹	۲۰-۱۵ جلسه گروهی ۲ ساعته- هر گروه ۱۵-۱۲ نفر	کاهش معناداری در متوسط انرژی روزانه دریافتی (۲۳۲ کیلوکالری) و وزن بدن (متوسط یک کیلوگرم)، بهبود دریافت های غذایی بهبود نگرش مطلوبتری به انجام فعالیت فیزیکی

عنوان مطالعه	نویسنده	سال	تعداد نمونه	مداخله	نتایج
اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی برای خوردن ناکارآمد در بیماران پذیرفته شده برای جراحی باریاتریک	Hege Gade و همکاران	۲۰۱۴	۹۸	۱۱ جلسه (۵ جلسه حضوری و جلسه تلفنی)	بیماران گروه CBT در مقایسه با گروه کنترل اختلالات خوردن کمتر و کاهش وزن بیشتر، کاهش متوسط علایم اضطراب و افسردگی
اثر بخشی درمان رفتاری - شناختی در درمان نوجوانان مبتلا به چاقی	فولادوند و همکاران	۱۳۹۱	۴	۴۴ هفته در دو فاز- ۲۴ جلسه درمان- تا ۶ هفته یکبار و بعد دو هفته یکبار- هر جلسه ۴۵ دقیقه	کاهش و ابقای وزن

عنوان مطالعه	نویسنده	سال	تعداد نمونه	مداخله	نتایج
اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش وزن کودکان مبتلا به چاقی	بیات و همکاران	۱۳۹۳	تعداد ۳۰ نفر کودک (۸-۱۷ سال) مبتلا به چاقی با نمایه توده بدن بالاتر از صدک ۹۵	۶ جلسه گروهی یکبار در هفته ۲/۵ ساعته - ۵ جلسه برای والدین-یک جلسه مشترک- پیگیری ۲ ماهه- جلسات مجزا برای دو رنج سنی	کاهش نمایه توده بدن محدودیت زمان پیگیری-شروع درمان در امتحانات-حجم کوچک نمونه-رنج سنی

● در پژوهشهای زیادی (Brennan و فیربورن و همکاران و Cooper) نشان داد رفتار درمانی شناختی به عنوان یک رویکرد درمانی مناسب در کاهش وزن در طی چندین سال اخیر انتخاب شده است. کاهش وزن و ماندگاری آن در کودکان و نوجوانان چاق در صورتی قابل دستیابی است که رفتارهای ناسالم غذاخوردن و فعالیت بدنی با تغییرات شیوه زندگی سالمتری جایگزین گردد. متخصصین تغذیه در متدهای کاهش وزن عموماً به تنظیم رژیم غذایی می پردازند و توجه کمتری به مسایل رفتاری و شناختی افراد می نمایند که همین امر موجب عدم موفقیت در روند کاهش وزن و ماندگاری آن می گردد. (۲۵)

- نتایج مطالعات مختلفی حاکی از آن است که خودکارآمدی سبک زندگی و کیفیت زندگی در نوجوانان چاق کم است. نوجوانان چاق احساس کنترل کمتری روی رفتارهای خوردن و در مقابل وسوسه ها دارند بنابراین ممکن است در برنامه های رژیم غذایی زودتر تسلیم شوند و رژیم غذایی را رها کنند.

- بنابراین به منظور بهبود وزن و موفقیت در اجرای برنامه های کاهش وزن می بایست بر روی افزایش احساس خودکارآمدی تاکید گردد تا منجر به بهبود کیفیت زندگی در همه ابعاد شود.

- همچنین نتایج مطالعات نشان می دهد که هیجانهای منفی ارتباط بین Zscor نمایه توده بدنی و سلامت روانی را میانجی گری می کند. به عبارت دیگر Zscor نمایه توده بدنی بیشتر با مقاومت کمتری در مقابل خوردن همراه است و در مواقعی که نوجوان خشمگین، مضطرب و افسرده است سبب کاهش کیفیت زندگی وی می شود. بنابراین تعدیل و توانایی کنترل هیجانها و ایجاد انگیزه نوجوان به تغییر سبک زندگی به عنوان یکی از مهمترین فاکتورهای درمان موفق چاقی است.



محدودیت‌های مطالعه:

- عدم بررسی ترکیب بدن
- وجود تعطیلات تابستانی طولانی در مدارس
- عدم بررسی مرحله بلوغ نوجوانان
- محدودیت ارائه رژیم غذایی به نوجوانان



سن (سال)	پرستایل BMI برای سن	نوع رژیم تجویز شده
۲-۵	صدک ۸۵ تا کمتر از صدک ۹۵	رژیم غذایی حفظ وزن (Weight Maintenance)
	صدک ۹۵ یا بالاتر	رژیم غذایی حفظ وزن (در صورتیکه BMI بیشتر از ۲۱ باشد) رژیم کاهش وزن تا ۰/۵ کیلوگرم در ماه قابل قبول می باشد
۶-۱۱	صدک ۸۵ تا کمتر از صدک ۹۵	رژیم غذایی حفظ وزن
	صدک ۹۵ تا کمتر از صدک ۹۹	رژیم غذایی کاهش وزن به میزان ۰/۵ کیلوگرم در ماه
	بالاتر از صدک ۹۹	رژیم غذایی کاهش وزن به میزان حداکثر ۱ کیلوگرم در هفته
۱۲-۱۸	صدک ۸۵ تا کمتر از صدک ۹۵	رژیم غذایی حفظ وزن
	صدک ۹۵ تا کمتر از صدک ۹۹	رژیم غذایی کاهش وزن به میزان حداکثر ۱ کیلوگرم در هفته
	بالاتر از صدک ۹۹	رژیم غذایی کاهش وزن به میزان حداکثر ۱ کیلوگرم در هفته



● نقاط قوت:

● نقاط ضعف:

- بررسی همزمان شاخص های تن
- سنجی، دریافتهای غذایی، انرژی
- دریافتی، فعالیت بدنی،
- خودکارآمدی سبک زندگی و
- تغذیه ای و کیفیت زندگی
- استفاده از پرسشنامه بسامد
- خورک نوجوانان
- عدم بررسی ترکیب بدن
- عدم بررسی مرحله بلوغ
- عدم بررسی گروه نوجوانان چاق و
- دارای اضافه وزن به طور مجزا
- فقدان گروه کنترل درمانی



پیشنهادات

- طول مطالعه حداقل یکسال باشد تا یک سال تحصیلی کامل را در بر گیرد.
- تیم درمان چاقی کودکان شامل کارشناس تغذیه به همراه کارشناس روانشناسی و مربی تربیت بدنی باشد.
- ایجاد مراکز درمان چاقی با روش CBT
- پایش وزن نوجوانان و شناسایی نوجوانان در معرض خطر چاقی و شروع درمان
- اجرای برنامه مداخله ای CBT در کودکان چاق دبستانی
- اجرای برنامه مداخله ای CBT در کودکان و نوجوانان چاق به همراه خانواده هایشان
- آموزش روش مشاوره با محوریت CBT به کلیه رژیم درمانگران



Health Related Quality of Life and Weight Self-Efficacy of Life Style among Normal-Weight, Overweight and Obese Iranian Adolescents: A Case Control Study

Seyedeh Fatemeh Miri¹, Maryam Javadi², Chung-Ying Lin³, Khadijeh Irandoost⁴, Arezoo Rezazadeh⁵, *Amir H Pakpour¹

¹Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. ²Children Growth Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. ³Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health and Social Sciences, Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Hong Kong. ⁴Department of Physical Education, Imam Khomeini International University: Qazvin 34149-16818, Iran. ⁵Department of Community Nutrition, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, IR Iran.

Abstract

Background: Identifying and investigating the factors influencing self-efficacy and eventually health related quality of life (HRQoL) can be an important step toward the prevention and treatment of the obesity. The aim of the study was to compare weight self-efficacy and HRQoL among normal-weight, overweight and obese Iranian adolescents.

Materials and Methods

In this case-control study, 118 obese and overweight adolescents (case group) and 118 adolescents with normal weight (control group) were recruited. Adolescent's anthropometric characteristics were measured. The Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (WEL), pediatric quality of life inventory (PedsQL™ 4.0) and self-reported physical activity were completed by the adolescents.

Results: Multivariate logistic regression adjusting for various confounders indicated that overweight and obese adolescents were less likely to be physically active (adjusted odds ratio, AOR= 0.66; 95% confidence interval [CI], 0.48 to 0.91), had lower ability to cope with social pressure (AOR= 0.54; 95% CI, 0.32 to 0.93), involved in less positive activities (AOR= 0.53; 95% CI, 0.37 to 0.75), and felt more negative emotions (AOR= 0.23; 95% CI, 0.14 to 0.36) than their normal-weight counterparts. Moreover, obese and overweight adolescents were more likely to report deteriorated quality of life in all PedsQL subscales than those with normal weight ($P<0.05$). The results of the mediation analysis indicated that negative emotions mediated the relationship between adolescents' weight status and HRQoL ($Z = -5.79$, $P<0.001$).

Conclusion: Weight management programs should focus on increasing adolescent's control on situations related to negative emotions to improve their HRQoL.

Key Words: Adolescent, Emotions, Obesity, Quality of Life, Self-efficacy.

*Please cite this article as: Miri SF, Javadi M, Lin CY, Irandoost Kh, Rezazadeh A, Pakpour AH. Health Related Quality of Life and Weight Self-Efficacy of Life Style among Normal-Weight, Overweight and Obese Iranian Adolescents: A Case Control Study. Int J Pediatr 2017; 5(11): 5975-84. DOI: 10.22038/ijp.2017.25534.2173

*Corresponding Author:

Amir H Pakpour, Ph.D. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center (SDH), Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. Fax: +98-28-33239259

Emails: Pakpour_Amir@yahoo.com, apakpour@qums.ac.ir

Received date: Jul.28, 2017; Accepted date: Aug. 22, 2017



- 1-Doustmohammadian A., et al. (2012). Parental determinants of overweight and obesity in Iranian adolescents: a national study. Iran J Pediatr. 2012 Mar;22(1):35-42.
- 2-Kelishadi, R., et al. (2014). "Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis." *Nutrition* 30(4): 393-400.
- 3-Esmaili, H., et al. (2015). "Prevalence of General and Abdominal Obesity in a Nationally Representative Sample of Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study." *Iran J Pediatr* 25(3): e401
- 4-kelishadi R et al(2013)Methodology and early findings of fourth survey of Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-Communicable Disease in Iran: The CASPIAN-IV Study. Int J Prev Med. 2013 Dec; 4(12): 1451–1460.
- 5-Bodkin, A., Ding, H. K., & Scale, S. (2009). Obesity: an overview of current landscape and prevention-related activities in Ontario. Ontario Chronic Disease Prevention Alliance, 1-179.
- 6- Alimoradi F, Jalilolghadr S, Shab-bidar S, Javadi A, Javadi M. Evaluation of Blood Lipids Status and Its Association with Body Mass Index of Adolescents in Qazvin. *ZUMS Journal*. 2015; 23 (98 and 3) :122-131 URL: <http://zums.ac.ir/journal/article-1-3151-fa.html>
- 7- Jalilolghadr S, Javadi A, Mahram M, Farshidgozar M, Javadi M. Prevalence of metabolic syndrome and insulin resistance in children and adolescent
- 8- Thomas, H. M., & Irwin, J. D. (2009). What is a healthy body weight? Perspectives of overweight youth. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70(3), 110-116.
- 9- Smith, A. E., Annesi, J. J., Walsh, A. M., Lennon, V., & Bell, R. A. (2009). Association of changes in self-efficacy, voluntary physical activity, and risk factors for type II diabetes in a behavioral treatment for obese preadolescents: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 1-7.
- 10- Hensrud, D. D., & Klein, S. (2006). Extreme obesity: a new medical crisis in the United States. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 81, 5-10.

- 1-Doustmohammadian A., et al. (2012). Parental determinants of overweight and obesity in Iranian adolescents: a national study. Iran J Pediatr. 2012 Mar;22(1):35-42.
- 2-Kelishadi, R., et al. (2014). "Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis." *Nutrition* 30(4): 393-400.
- 3-Esmaili, H., et al. (2015). "Prevalence of General and Abdominal Obesity in a Nationally Representative Sample of Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study." *Iran J Pediatr* 25(3): e401
- 4-kelishadi R et al(2013)Methodology and early findings of fourth survey of Childhood and Adolescence Surveillance and Prevention of Adult Non-Communicable Disease in Iran: The CASPIAN-IV Study. Int J Prev Med. 2013 Dec; 4(12): 1451–1460.
- 5-Bodkin, A., Ding, H. K., & Scale, S. (2009). Obesity: an overview of current landscape and prevention-related activities in Ontario. Ontario Chronic Disease Prevention Alliance, 1-179.
- 6- Alimoradi F, Jalilolghadr S, Shab-bidar S, Javadi A, Javadi M. Evaluation of Blood Lipids Status and Its Association with Body Mass Index of Adolescents in Qazvin. *ZUMS Journal*. 2015; 23 (98 and 3) :122-131 URL: <http://zums.ac.ir/journal/article-1-3151-fa.html>
- 7- Jalilolghadr S, Javadi A, Mahram M, Farshidgozar M, Javadi M. Prevalence of metabolic syndrome and insulin resistance in children and adolescent
- 8- Thomas, H. M., & Irwin, J. D. (2009). What is a healthy body weight? Perspectives of overweight youth. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70(3), 110-116.
- 9- Smith, A. E., Annesi, J. J., Walsh, A. M., Lennon, V., & Bell, R. A. (2009). Association of changes in self-efficacy, voluntary physical activity, and risk factors for type II diabetes in a behavioral treatment for obese preadolescents: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 1-7.
- 10- Hensrud, D. D., & Klein, S. (2006). Extreme obesity: a new medical crisis in the United States. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 81, 5-10.

- .
- 11- Snethen, J. A., & Broome, M. E. (2007). Weight, exercise, and health: children's perceptions. *Clinical Nursing Research*, 16, 138-152.
- 12- Goodman, E., Whitaker, RC (2002) A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*. 10: 497–504.
- 13- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., et al (2004) Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosom Med*. 66: 387–394.
- 14- Wardle, J., Cooke, L. (2005) The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 19: 421–440.
- 15- Walker, L., & Hill, A. J. (2009). Obesity: the role of child mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(3), 114-120.
- 16- Gibson, L. Y., Byrne, S. M., Blair, E., Davis, E. A., Jacoby, P., & Zubrick, S. (2008). Clustering of psychosocial symptoms in overweight children. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42, 118-125.
- 17- Wang, F., & Veugelers, P. J (2008). Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews*, 9, 615-623
- 22-Kelishadi, R., et al. (2014). "Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis." *Nutrition* 30(4): 393-400.
- 23-Esmaili, H., et al. (2015). "Prevalence of General and Abdominal Obesity in a Nationally Representative Sample of Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study." *Iran J Pediatr* 25(3): e401.

- 24- Tsiros, M. D., et al. (2008). "Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents." Am J Clin Nutr 87(5): 1134-1140. .
-
- 25- Brennan, L., et al. (2008). "Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: study design and methodology." Contemp Clin Trials 29(3): 359-375.
-
- 26- Rossini,A,et al.(2011). "Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Weight Loss in Family Members." J Am Diet Assoc. 2011;111:1712-1719.
-
- 27-Gade, H., et al. (2014). "Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial." J Obes 2014: 127936.
-
- 28-Cooper, Z., et al. (2010). "Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up." Behav Res Ther 48(8): 706-713